

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1953

N°
1021

THÈSE

pour le doctorat en Médecine

(Diplôme d'Université)

par

EID Edouard

né le 27 Janvier 1927 à Jedeidet-Marjeyoun (Liban)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE

**A PROPOS
DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
POUR DES DOULEURS VERTÉBRALES**

Président :

M. le Professeur MERLE D'AUBIGNÉ

1953

FACULTE de MEDECINE de PARIS

Nom du candidat: E I D

Prénom : Edouard

Date de la soutenance :

N° d'ordre:

1.

EID Edouard
A propos des inter-
ventions chirurgi-
cales pour des dou-
leurs vertébrales.
Paris Dact. in 4°
Thèse Med. (Université)
Paris 1953
N°
Ed. AGEMP 1953

2.

EID Edouard
A propos des inter-
ventions chirurgi-
cales pour des dou-
leurs vertébrales.
Paris Dact. in 4°
Thèse Med. (Université)
Paris 1953
N°
Ed. AGEMP 1953

3.

EID Edouard
A propos des inter-
ventions chirurgi-
cales pour des dou-
leurs vertébrales.
Paris Dact. in 4°
Thèse Med. (Université)
Paris 1953
N°
Ed. AGEMP 1953

4.

EID Edouard
A propos des inter-
ventions chirurgi-
cales pour des dou-
leurs vertébrales.
Paris Dact. in 4°
Thèse Med. (Université)
Paris 1953
N°
Ed. AGEMP 1953



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552428_0005

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1953

N°

THÈSE
pour le doctorat en Médecine
(Diplôme d'Université)

par

EID Edouard

né le 27 Janvier 1927 à Jedeidet-Marjeyoun (Liban)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE

**A PROPOS
DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
POUR DES DOULEURS VERTÉBRALES**

Président :

M. le Professeur MERLE D'AUBIGNÉ



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H), Guillaïn, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sèzary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	PCLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales ... (Broussais	D'ALLAINES
(Salpêtrière	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
(Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais	DE GENNES

Clinique médicale d'hydro-climatologie	
thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales(Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires(chaire à titre personnel).	RICHET (C.)
Clinique psychiâtrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance..	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel).....	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)
Chaire de clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition....	BOULIN

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J.) (DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS ((Melle P.)Pr.s.ch. (BUSSER (F.) (GOUYGOU

Bactériologie	(FASQUELLE (R.)
	(NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
Chimie médicale	(JAYLE (M.F)Pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	(BULLIARD (R.)Pr.s.ch.
	(COUJARD (R.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER
	(DEPARIS (M.)
Médecine légale	) DEROBERT (L.)
	) HADENGUE
	) GAULTIER (M.)
Neuro-chirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (S.de)
	(GRASSET (J.)
	(LEPAGE (F.)
Obstétrique	(MAYER (M.)
	(MERGER (R.)
	(RAVINA (J.)
	(VARANGOT (J.)
	(MORIN
Ophtalmologie	(OFFRET (G.)
	(DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-laryngologie	(HALPHEN (E)Pr.s.ch.
	(AUBRY
	(MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale	CHABAUD
	(ABOULKER (P.)
	(BAUMANN (J.)
	(GOSSET (J.)
Pathologie chirurgicale	(HUGUIER (J.)
	(LAURENCE (G.)
	(LEGER (L.)
	(OLIVIER (Cl.)
	(PADOVANI (P.)
	(LORTAT-JACOB
	(POILLIEUX (M.)
Pathologie chirurgicale	(ROUX (M.)
	(RUDLER (J.C)
	(VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)

MM.

	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DECOURT (J.)
	(DOMART (A.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
Pathologie médicale	(HAMBURGER (J.)
	(KOURILSKY (R.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(LAROCHE
	(PEQUIGNOT
	(LAMOTTE
Pédiatrie	((LAPLANE (R.)
	(MARIE (J.)
Pharmacologie	(LEVY (Melle J) Pr.s.ch.
	(CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON (D) Pr.s.ch.
	(PARROT (J.L.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.)
	(GOUGEROT (L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie, infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)
	(CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT
	chargé de l'enseignement
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORRIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.)
Clinique médicale	(BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	(DIGONNET (L.) EGALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENART (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire adjoint	Melle CHANTREUIL (G.)

Conservateur	Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires	M. DOUAN (G.), Melles DUMAITRE (P.) GOICHON (A.M.), LE NOIR (G.), METIN (F.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mon Père

A Ma Mère

A qui je dois tout, je dédie ce modeste
travail en témoignage de ma reconnaissan-
ce et de mon immense tendresse.

A Mon Oncle

A Mes frères et sœurs

A tous ceux qui me sont chers

A Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé PADOVANI

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Témoignage de notre profond attachement
et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BACHET

A Monsieur le Docteur MARCHAIS

En témoignage de notre reconnaissance.

Aux Membres de notre jury

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur DANSAC

Médecin-Chef de l'Hôpital de Soissons

A PROPOS des INTERVENTIONS CHIRURGICALES pour
des DOULEURS VERTEBRALES

Les douleurs du dos d'origine neuro-endocrinienne constituent une des preuves les plus éloquentes de l'intérêt de la collaboration entre la chirurgie orthopédique et la psychiatrie. Par leur extrême fréquence tout d'abord: pas de consultation peuplée en chirurgie orthopédique, sans qu'on en découvre plusieurs. Par leur pronostic sérieux, non pas tant du point de vue vital, non pas tant par l'évolution vers des troubles mentaux graves. Mais dans l'immense majorité des cas parce qu'elles s'accompagnent à la fois d'asthénie et de malaises si marqués qu'elles apportent un trouble profond dans la vie professionnelle, sociale, familiale et affective du malade. Ces sujets interrompent leur travail pendant des mois et des années, dans certains cas vivent couchés, additionnant les cures de repos ou climatiques les plus diverses.

Cette tendance est souvent aggravée par des diagnostics soit erronés, soit incomplets cherchant à tout rattacher à une anomalie vertébrale minime sans tenir compte ni du syndrome dépressif, ni du

syndrome endocrinien, ni parfois même du syndrome gynécologique. Il s'ensuit des sanctions diverses, dans certains cas d'une utilité certaine mais insuffisante, dans d'autres cas franchement dérivatives ou même nuisibles telles la greffe vertébrale, la laminectomie ou l'immobilisation simple ou plâtrée.

Dans la majorité des cas, il s'agit de femmes. Souvent hyperfolliculiniques, ayant présenté dans leurs antécédents des perturbations diverses dans la sphère affectivo-sexuelle.

Ces malades consultent pour des algies dorsales de siège variable, plus électivement dorso-lombaire à type de brûlure, de pincement ou de tiraillement qui gênent le malade, empêchent souvent le sommeil et l'obligent à la recherche de positions antalgiques. L'examen clinique et radiologique minutieux ne décèle pas de lésions organiques du rachis. Encore faut-il préciser qu'il existe souvent des altérations vertébrales : une scoliose dorsale, une cyphose légère, des ostéophytes ou un léger pincement discal. Mais on est alors frappé par la discordance entre la pauvreté des signes physiques et l'intensité des signes fonctionnels.

Espérant une intervention salutaire, ces malades acceptent volontiers la greffe ou toute autre intervention qui leur est proposée par le chirurgien. Une fois greffés, ils continuent à souffrir parfois moins, d'autres fois autant sinon davantage avec leur greffe. On a l'impres-

sion, que sur un terrain psychopathique particulier, la greffe matérialise la douleur.

Nous avons pu, grâce à la bienveillance de M. le Professeur Agrégé PADOVANI et de MM. BACHET et MARCHAIS, réunir quelques observations de greffes abusives du dos, pour la plupart assez démonstratives.

La première de ces observations a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Chirurgie faite par M. le Professeur Agrégé PADOVANI et le Dr. BACHET. Elle concerne une malade qui a été vue et examinée dans le service de M. le Professeur FEY à COCHIN.

Melle A. âgée de 24 ans avait été adressée à la clinique urologique de Cochin pour y recevoir les soins nécessités par une cystostomie.

On apprend en interrogeant la malade que le début des accidents remonte à l'âge de 15 ans 1/2. Elle aurait alors présenté une pleurésie qui a motivé son envoi au sanatorium. Une recherche de BK aurait, toujours aux dires de la malade, été positive. Peu après, serait apparue une gêne dans la jambe gauche. A cette époque on a déjà pratiqué une ponction lombaire et un examen neurologique.

Quelque mois, plus tard l'attention a été attirée sur une malformation vertébrale sur la nature de laquelle nous reviendrons. En 1940, époque de l'exode, le sanatorium est évacué. Les troubles

moteurs qui n'existaient que du côté gauche, deviennent bilatéraux et s'accompagnent déjà de troubles urinaires. La malade subit une greffe vertébrale et trois mois plus tard une seconde greffe. Puis elle est plâtrée et reste dans ce plâtre jusqu'en 1943. A cette époque des troubles urinaires amènent à mettre en place une sonde à demeure. En avril 1943 on pratique une laminectomie pour, aux dires de la malade, évacuer son abcès. La paraplégie aurait été améliorée, les troubles moteurs ne persistant que du côté gauche. Mais peu de temps après, la malade ayant été commotionnée, présente de nouveau une paraplégie complète. En 1944 est faite une nouvelle laminectomie au cours de laquelle on aurait enlevé un greffon. En 1945, dans un sanatorium des Pyrénées, une cystostomie est pratiquée. En Octobre 1946 bien que le diagnostic de paraplégie hystérique ait été porté par un éminent neurologue, on estime qu'il s'agit d'une association organo-pithiatique et une nouvelle laminectomie a lieu, suivie d'une récupération partielle des mouvements de la jambe droite.

En Janvier 1947, un certain degré d'infection urinaire nécessite un examen urographique. A la suite de cet examen la paraplégie redouble de rigidité et par intervalle se produisent de grandes crises de contractures, en apparence très douloureuses.

été d'une assez grande intimité et qui a pris une place notable dans sa vie affective. Ce qui semble caractéristique est le rapprochement des épisodes douloureux et de ses tribulations affectives. Le début de cette aventure se situe quelques mois avant l'accident. A cette époque essai de rupture de sa part sans succès. Présence continue de son amie qui l'assiste régulièrement pendant les suites opératoires et son repos en maison de convalescence. Vient à Paris pour des raisons de santé, mais aussi pour rompre, reconnaît elle avec ce passé. Dès lors d'autres soucis s'imposent à elle: difficulté d'adaptation à la vie parisienne où elle est isolée, même une vie trépidante à laquelle elle n'est pas habituée, absence de logement, son père tombe malade, fatigues et soucis supplémentaires, décès de son père qui l'affecte vivement. Ses douleurs qui s'étaient atténuées à sa venue à Paris réapparaissent plus intenses. Nouvelles consultations, proposition d'une nouvelle greffe. Est envoyée par le Professeur PADOVANI qui juge une telle greffe inutile vue l'absence de cause anatomique suffisante aux douleurs.

Une prise de conscience des rapports existant entre l'intensité des douleurs et les variations de la vie émotivo-affective jointe à une réflexothérapie intra dermique déclanchent une forte réaction émotive, amène dès la deuxième séance un soulagement très net de ses douleurs. Cette femme qui depuis 2 ans

ne se livrait plus à des activités sportives intenses, part faire un stage de ski pendant 2 semaines où elle ne souffre plus en dépit de nombreuses chutes. Mais dès son retour à Paris réapparition des douleurs. Deux nouvelles séances de réflexothérapie intradermique s'accompagnant de réactions émotives moins intenses amènent une sédation des douleurs.

Pendant un mois cette malade ne souffre plus que par intermittence ayant retrouvé une vie normale. Toutefois elle vient consulter à nouveau s'inquiétant de voir ses douleurs revenir en position assise et ressentant une vive asthénie. Nous sommes surpris de constater l'interprétation qu'elle fournit à ses douleurs actuelles qu'elle juge "toute réflexion faite" certainement en rapport avec une cause mécanique, après certaines lectures de livres de médecine.

Son interprétation est la suivante. Une racine nerveuse est sûrement coincée au niveau de son ancienne fracture entre deux vertèbres ou par sa greffe. Une démonstration logique de l'inanité de son interprétation la rassure. Un traitement réflexe associé supprime les douleurs pendant une semaine ou du moins les rend très supportable.

Nouvelle consultation où elle témoigne de cette nette amélioration, mais où elle nous exprime son doute d'une guérison car, dit-elle, le poids de son corps en position assise porte sur sa charnière lombosacrée, alors qu'en position debout il porte sur ses

jambes. Il ne s'agit pas chez elle d'une hypothèse mais d'une conviction absolue à laquelle elle pense quand elle souffre. Une démonstration faite dans un but psychothérapique finit par ébranler cette conviction.

Elle revient nous rendre visite quelques temps après pour nous dire qu'elle ne souffre plus même en position assise. Elle a réfléchi aux idées qu'elle se faisait de son mal et elle est désormais persuadée de l'inanité des interprétations antérieures et de l'origine "nerveuse" de son état. Actuellement et avec un recul de 6 mois, la malade est complètement guérie. Elle a repris une activité normale.

7ème Observation

Mr. P..... 50 ans

se plaint de ressentir depuis 1942 des douleurs cervicales et dans la région de l'oreille gauche. Ensuite se manifestèrent des douleurs dans l'épaule et le bras gauche.

En Septembre 1951 opéré par le Dr. X celui-ci ne trouve aucune lésion mais fait une radicectomie postérieure de C4. Dans les suites opératoires, élimination des fils de lin de suture profonde.

Depuis, le malade continue à souffrir beaucoup du cou et de douleurs légères dans les bras. Il déclare ne pouvoir supporter le poids de sa tête.

Les radiographies pré-opératoires ne montrent

aucune anomalie. Par contre les radiographies post-opératoires entre les 3 laminectomies montrent une importante subluxation de C3 sur C4 avec ostéophytes antérieurs. Par ailleurs aucun signe neurologique objectif.

La réalisation d'une greffe cervicale qui serait défendable sera certainement très difficile, vue la disparition des lames.

8ème Observation

Mme L..... 55 ans

Consulte pour dorsalgie lombo-sacrée ayant débuté il y a 5 ans. Douleur lancinante qui: aux dires de la malade, "donne l'impression de quelque chose qui bat comme un abcès". Sciatique double à irradiation typique.

En 1950, une greffe dorso-lombaire est pratiquée, quelques mois plus tard une seconde intervention pour hernie discale, suites opératoires bonnes, mais la malade continue à souffrir davantage après la greffe.

En position allongée, la douleur semble plus atténuée et plus supportable, aussi la malade est-elle le plus souvent alitée.

En Janvier 1952, intervention exploratrice radiculaire. La malade continue à souffrir, elle est alitée depuis 3 ans.

Le 10 Juillet 1953 elle consulte le Professeur PADOVANI qui conseille l'hospitalisation et l'adresse au Dr. BACHET.

Antécédents personnels:

Appendicectomie à 18 ans.

Fausse couche et curetage à 37 ans.

Hernie à 43 ans.

Antécédents familiaux:

Mari éthylique.

2 enfants dont l'un est aux dires de la malade "nerveux".

Du point de vue psycho-affectif, on apprend l'existence de conflits familiaux. Pas d'entente avec le mari qui est éthylique. Crises de larmes, idées noires, céphalées occipitales.

Traitement:

L'hormonothérapie mâle ne donne pas de résultat notable. Par contre l'autothérapie intra-dermique associée à la détente amène une très nette amélioration. La malade souffre beaucoup moins, et peut vaquer à ses occupations. Mais par la suite, rechutes traitées par réflexothérapie superficielle, qui calme les douleurs. Aux dires de la malade, elle est nettement améliorée, mais pas complètement guérie, aussi est-elle hospitalisée pour recevoir les soins nécessités par ces rechutes.

9ème Observation

Mr. V..... 38 ans

Opéré en province le 29 Avril 1952 pour un syndrome douloureux lombo-sciatique (greffe de Wilson lombo-sacrée). Une radiographie faite un mois avant l'intervention montre une obliquité de L4 avec petit rétro-listhésis et déformation du trou de conjugaison L4.L5 sans lésion discale. Léger tassement antérieur du corps de D.12

Depuis l'intervention le malade déclare souffrir de plus en plus et présente en outre des douleurs thoraciques. Il se plaint de céphalées occipitales et d'une sensation de tremblement intérieur. Les radiographies post-opératoires montrent une plaque de Wilson avec 5 boulons et greffe paraissant solide. Le malade entre à Foch pour ablation de plaque lombaire.

Suites opératoires: le malade continue à souffrir. Mr. le Professeur PADOVANI pense qu'il s'agit d'une erreur d'indication de greffe, en l'occurrence une douleur du dos d'origine psychique greffée.

Mr. V. a été convoqué à l'hôpital Foch.

Nous n'avons pas de plus ample information, ce malade n'ayant pas répondu à la convocation qui lui était adressée.

10ème Observation

Mme C..... 52 ans.

Début des douleurs en 1937. A la suite d'une chute d'escalier la malade se plaint de souffrir dans la région sacro-iliaque. Douleur à type de brûlure irradiant dans la jambe droite. Port d'un lombostet pendant près de 11 ans.

Les lombalgies devenant plus intenses, la malade ne peut plus vaquer à ses occupations journalières, et s'alite pendant près d'un an.

En 1949, elle consulte un chirurgien, qui lui fait une greffe vertébrale. La malade est soulagée pendant un an. Mais les douleurs reprennent empêchant le sommeil et fatiguant la malade.

En septembre 53, elle est hospitalisée à Foch pour traitement. Une radiographie de la colonne vertébrale ne montre pas d'anomalie importante.

Antécédents Personnels:

Appendicectomie à 17 ans.

Hystérectomie et ovariectomie pour tumeur kystique

Occlusion intestinale en 1948

Familiaux :

Mari mutilé de guerre.

En interrogeant la malade, on ne retrouve pas de conflit affectif apparrant. Il est intéressant de noter un élément orthostatique not. La maxima tensionnelle est à 18 couchée, 15 debout.

Traitement:

L'autohémothérapie intra-dermique amène une amélioration partielle pendant quelques temps, mais il y a rechute. On lui fait alors des injections intra-dermiques sciaire, iliaque et dorsale d'eau distillée, ce qui amène une cessation des douleurs.

Actuellement, la malade est en cours de traitement, mais ne semble pas pour l'instant guérie.

IIème Observation

Mme D..... 44 ans

L'histoire de la maladie a débuté il y a 10 ans, époque à laquelle Mme D. commence à souffrir du dos.

Douleurs diffuses le long de la colonne vertébrale avec une zone maxima correspondant à ses apophyses épineuses lombaires. Irradiation dans l'épaule et la cuisse droite avec impression de serrement dans le dos.

En 1944, elle est greffée à Cochon où elle demeure soignée pendant 6 mois. Au sortir d'une longue convalescence, la malade éprouve une sensation de mieux être, ne ressent plus ses douleurs et reprend son travail.

9 mois plus tard, les douleurs reprennent plus intenses, calmées par le repos allongé.

La malade traine alors de guérisseur en guérisseur sans le moindre petit résultat.

Et le 14 Septembre 1953, elle vient consulter le Professeur PADOVANI qui l'adresse au Dr. BACHET en vue d'un traitement psycho et réflexothérapique associé.

Antécédents:

Gomme syphilitique traitée pendant 10 ans à St. Louis, Depuis 2 ans, les réactions sérologiques sont négatives.

Appendicectomie en 1936. Blennorrhagie.

Sciaticque droite à 22 ans pour laquelle elle est immobilisée pendant 9 mois.

En cours d'interrogatoire, la malade nous apprend qu'elle fait des cauchemars où il est question d'hommes s'offrant à elle et excitant plus son appétit sexuel que ne le fait son mari, auquel d'ailleurs elle est très attachée, malgré une liaison qu'elle aurait eue avec un ami.

La malade est par ailleurs hantée par l'idée qu'elle est syphilitique et qu'elle n'en guérira jamais.

Traitement:

La réflexothérapie cutanée et l'injection intradermique d'eau distillée loco dolenti amènent un soulagement spectaculaire: la malade ne souffre plus, disparition de l'impression de gros tronçon

sous la greffe. Mais cet effet est provisoire, ne durant que quelques heures.

L'autohémothérapie intra-dermique est ensuite essayée, même résultat, mais effet vraiment fugace.

12ème Observation

Mme B..... 63 ans

Douleurs du dos à localisation lombo-sacrée avec irradiation dans les membres inférieurs. Douleur comparée à des tiraillements et survenue il y a 19 ans à la suite d'une hystérectomie subtotale pour fibrome. Elle s'accompagne d'une impotence fonctionnelle importante, la station debout est pénible, la marche presque impossible. En outre, sensation de balancement latéral avec perte de l'équilibre. Les caractéristiques de ces troubles sont d'être provoqués lors d'un changement de position et plus particulièrement en orthostatisme. Noter un retentissement psychique secondaire à ces troubles: anxiété avec irritabilité. Dans les antécédents, retenir une réfection de la paroi abdominale 9 mois après l'hystérectomie en 1934, et une greffe d'Albee en 1940. intervention indiquées à la suite de ces troubles, et n'ayant déterminé aucune amélioration.

A l'examen on note une tension artérielle à 15 - 8 en clinostatisme et à 11,5 - 8 en orthostatisme. La palpation de l'apigastre réveille une douleur extrêmement vive, douleur retentissant dans la région dorsale. Après une dizaine de séances de réflexothérapie locale au niveau de l'apigastre, une amélioration sensible est obtenue tant en ce qui concerne les douleurs que son état psychique. En clinostatisme la tension artérielle est à 16 - 8 1/2, le pouls à 60. En orthostatisme la tension à 15 1/2 - 8 1/2, le pouls à 70.

Peu de temps après les douleurs réapparaissent sont très supportables, mais ce qui gêne le plus la malade, c'est cette sensation de déséquilibre constant. Lorsqu'elle se levait, "choc dans la tête", balancement latéral et perte de l'équilibre, obligée de s'appuyer contre le mur. Reprise des séances de réflexothérapie . Notte amélioration.

13ème Observation

Mme D..... 42 ans.

Douleurs dorso-lombaires avec irradiation sciatique.

Nausées, vomissements au moindre effort; la malade ne peut travailler sans avoir de vomissements.

En 1951, greffe vertébrale suivie d'un épisode méningé avec très forte réaction à polynucléaires aseptique.

La malade se plaint en outre, depuis la greffe, de douleurs dans la nuque accentuées depuis mars 1953. De plus elle ressent une douleur vive à localisation épigastrique.

Aménorrhée depuis la greffe.

Il est intéressant de noter que les douleurs lombo-sacrées sont apparues à la suite d'une dépression nerveuse consécutive à la mort de son mari.

L'injection intra-dermique d'eau distillée, ainsi que la réflexothérapie solaire iliaque et lombaire amènent une amélioration persistante. La malade a un sommeil tranquille, elle reprend du travail seules les douleurs de la nuque persistent. Celles-ci cèdent au traitement au bout d'un certain temps. Nette amélioration d'ensemble. Mais les douleurs lombaires reprennent et la malade s'en plaint autant qu'au début du traitement.

14ème Observation

Mr. B..... 43 ans

Depuis quelques années, ce malade présentait une arthrose vertébrale importante avec douleurs dorso-lombaires, à type de picotements, et irradiant dans tout le dos. Ces douleurs nécessitent une greffe dorsale faite en 1948. Malgré la greffe, le malade continue à souffrir, surtout à la suite d'effort, et ressent des picotements de part et d'autre de la greffe.

Port d'un corset pendant quelques années.

Traité à Foch, par réflexothérapie dorsale lombaire épigastrique et para-ombilicale, le malade se sent nettement mieux, il y a disparition complète des douleurs. Celles-ci reprennent cependant une semaine plus tard accompagnées d'insomnie, de ballonnement post-prandial et d'abattement.

Après la reprise du même traitement, le malade déclare se sentir plus dispos, plus de vitalité; la douleur du dos est moins aiguë, moins constante. Et le 22 Juillet 1952, le malade déclarait: "Je suis transformé depuis que je suis ici, ce n'est pas encore parfait, mais il y a beaucoup de mieux".

Telles sont les observations de greffes abusives du dos que nous avons pu recueillir au Centre Médico-Chirurgical Foch de Suresne.

Chez aucun de nos 14 malades, la greffe vertébrale ou la laminectomie n'ont donné un résultat positif stable. Chez 3 d'entre eux, on note une recrudescence des phénomènes douloureux après l'intervention, et chez 3 autres greffés, la psychothérapie, la réflexothérapie ou l'hormonothérapie seule ou associés ont donné des résultats excellents avec un recul de temps variant de quelques mois à un an : ils ont repris une activité sociale et professionnelle normales. Chez les autres malades, ce même traitement a donné des résultats provisoires, ces sujets sont améliorés, mais non guéris, les rechutes étant fréquentes. Il faut croire que dans ce groupe de malades où la thérapeutique s'est avérée infructueuse et décevante, la greffe agit en fixant la douleur, mettant celle ci en éveil; et dès lors il devient difficile d'agir sur un élément situé aux confins de la cénestopathie et de l'organicité.

Fait important à signaler: c'est que plus les sujets greffés sont jeunes - il s'agit dans la majorité des cas de femmes - plus les résultats sont appréciables. Ceci tient-il à des interférences psycho-endocriniennes dont la femme ménopausée se trouve dépourvue ? Nous ne saurions l'affirmer, mais toujours est-il que les résultats obtenus concordent avec cette hypothèse.

Du point de vue étiopathogénique, 4 points ont retenu notre attention et méritent d'être analysés de plus près :

1. La prédominance d'un élément psycho-affectif ou de perturbations sexuelles.
2. La fréquence des interventions chirurgicales antérieures.
3. La présence quasi-constante d'une anomalie vertébrale légère.
4. Les points douloureux abdominaux fréquents.

Un assez grand nombre d'arguments invitent à rechercher les troubles sexuels ou affectifs chez ces malades. L'étude d'un certain nombre de cas paraît montrer nettement la liaison entre les phénomènes de la sexualité, pris dans leur sens le plus large, et les douleurs.

Parfois les douleurs apparaissent chez des malades pour lesquelles on découvre une activité génitale qu'elles estiment être exhubérante, pénible, surtout en désaccord avec leur personnalité. Il existe chez elles un malaise profond. Leurs aspirations, leur idéal est vers une vie conjugale affectueuse et unie qui n'a pu être réalisée souvent du fait de circonstances indépendantes de leur volonté.

A l'opposé, les états de frigidité sont rencontrés assez souvent. Une proportion notable de douleurs

du dos surviennent chez ces malades. Il y a des rapports sexuels soit pénibles et douloureux, soit provoquant un état d'énervement anxieux. En somme, la sphère sexuelle domine la genèse des douleurs du dos, elle est en jeu dans le sens le plus large et à tous les étages de la sexualité, depuis l'affectivité amoureuse la plus consciente jusqu'à la note ovarienne ou hypophyso-ovarienne, avec aux stades intermédiaires une fréquence particulièrement marquée des troubles de la libido.

Une place identique doit être réservée, dans ce même ordre d'idées, aux états anxieux et dépressifs.

Les antécédents chirurgicaux ou gynécologiques sont souvent riches et doivent être explorés. Dans la plupart des cas, une appendicectomie à froid a précédé plus ou moins directement l'apparition des douleurs du dos. Nombre de ces malades sont des multiopérés de l'abdomen, interventions itératives parmi lesquelles les péries diverses viennent en bon rang (appendicectomie, ovariectomie, curetage). Une fréquence anormale des interventions pelviennes est donc très remarquable. Très souvent, la douleur dorsale ou les signes associés semblent suivre immédiatement une intervention chirurgicale ou un trauma pelvien. D'autres fois, l'intervention a eu lieu très longtemps avant l'apparition des douleurs, aucun lien apparent ne peut être retenu. Enfin dans des cas très rares, l'étude chronologique indique que les douleurs ont précédé l'acte chirurgical.

En définitive quel rôle faut-il assigner à ces interventions dans la genèse des douleurs dorsales ? La cicatrice opératoire serait-elle le point de départ d'une douleur réflexe se projetant sur le rachis ? Y a-t-il dans cet ordre d'idées intervention d'un chaînon vago-sympathique ? Autant d'inconnues qui restent à résoudre, mais il n'en demeure pas moins certain qu'il existe un lien étroit entre les douleurs du dos et les interventions abdomino-pelviennes, dont la nature reste à préciser.

La présence quasi-constante d'anomalies vertébrales légères est un fait à souligner. Non pas qu'elles puissent expliquer à elles seules la genèse de ces douleurs, mais il est possible que ces malformations agissent à la façon d'épine irritative qui serait le point de départ de douleurs réflexes.

Quant aux douleurs abdominales, l'examen révèle de nombreux points à siège sus-ombilical, épigastrique correspondant nettement à la palpation de l'aorte. D'autres points semblent correspondre aux trajets des vaisseaux iliaques à droite et à gauche. Ces points, comme une foule de points douloureux abdominaux rencontrés chez les anxieux, disparaissent après une irritation cutanée de la peau. Il est probable que les douleurs du dos sont le témoin réflexe de la souffrance solaire ou aortique au niveau d'une malformation vertébrale quelconque.

Il est intéressant, par ailleurs, de signaler les cas où une maladie orthostatique est associée à des douleurs du dos. Nous en avons présenté deux cas. Il convient

dans tous les cas d'étudier les variations du pouls et de la tension artérielle avec les multiples précautions indiquées pour cette recherche par les auteurs ayant étudié le syndrome arthostatique.

On voit donc à quel point les éléments étiopathogéniques de ce type de douleur restent intriqués. On a l'impression que l'ensemble de cette symptomatologie se situe à un carrefour où convergent, mais ceci d'une façon extrêmement variable d'une malade à l'autre, presque toutes les composantes de la pathologie générale.

Néanmoins un point reste acquis, c'est la prédominance de l'élément affectivo-sexuel dans leur genèse, ce qui d'ailleurs motive pleinement l'appellation du Professeur PADOVANI de "douleurs du dos d'origine psychique".

Les observations que nous avons reproduites montrent la gravité des erreurs du diagnostic porté et des sanctions thérapeutiques qui en découlent. D'un malade obsédé par sa douleur, on en fait un infirme grave. La plus grande partie de nos malades avaient abandonné leur travail, soit depuis quelques mois, soit depuis plusieurs années. Certains étaient incapables du moindre effort. Des jeunes filles avaient renoncé à leurs études ou à une situation assez brillante. Nombre de malades avaient passé des périodes entières de plusieurs mois dans des centres de repos, de convalescence, de préventoriums.

Un nombre relativement important avait subi l'intervention de greffe vertébrale, de laminectomie ou parfois de radicomic, sans compter les longs séjours plâtrés ou le port d'appareils divers. Ce trouble se complique souvent de difficultés au foyer qui peuvent dans certains cas aller jusqu'à la rupture et la dislocation familiale. On conçoit aisément les répercussions matérielles, sociales, et même morales qui découlent de pareils conflits.

Tout dans cet ordre d'idées, invite à la prudence dans l'élaboration d'un diagnostic et d'un traitement consécutif. On n'a pas le droit d'opérer une douleur du dos sur la simple vue d'une anomalie minime sur un cliché radiographique. La greffe vertébrale ou la laminectomie doivent être réservées à des indications plus précises et qui en sont plus justiciables.

Ces malades sont un exemple frappant de l'unicité en matière de médecine, fait qu'on a trop souvent tendance à négliger ou à ignorer. Il n'y a pas de malade psychiatrique, orthopédique, cardiaque ou endocrinien, mais il y a un malade dont l'organisme forme un tout homogène dont chaque appareil répond de façon diverse mais certaine, à toute excitation ou perturbation extérieure. Nous n'en voulons pour preuve que la collaboration entre chirurgiens et psychiatres à propos des douleurs du dos. Ces malades dirigés sur un psychiatre subissent un traitement adéquat: réflexothérapie, psychothérapie, détente, hormonothérapie donnent dans la majorité des cas d'excellents résultats. Ceux



ci sont malheureusement moins bons quand il s'agit de malades greffés.

Nous croyons qu'il y a lieu de se montrer très prudent dans l'élaboration des indications thérapeutiques au cas des douleurs vertébrales sine materia. Il ne faudra jamais prendre une décision opératoire avant de s'être entouré de toutes les garanties touchant l'état psychique du malade. C'est là, un des aspects du problème que pose la médecine psycho-somatique.

-:-:-:-:-

BIBLIOGRAPHIE

1. Les douleurs du dos d'origine psychique.

(P.PADOVANI et M.BACHET)

2. Action de l'hormone thérapie mâle sur les douleurs
du dos d'origine psychique chez la femme.

(P.PADOVANI, M.BACHET, MARCHAIS et Cl.WEISS)

3. Les méthodes réflexothérapiques en médecine psycho-
soma tique .

(P.MARCHAIS)

Vu le Président de Thèse

Prof. MERLE D'AUBIGNE

Vu le Doyen de la
Faculté de Médecine
de Paris

Prof. L.BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J.SARRAICH
